

# Sistema de Saúde Cubano

**Pedro de Sousa Pizarro Madureira**

**2010**

Filiação:

António Aníbal Bravo Coelho de Madureira

Maria Dolores Teixeira de Sousa Bravo Madureira

Rua de Tourido nº105 4700-298 Braga

### Agradecimentos:

Ao meu orientador Professor Doutor Vitor Rodrigues por todo o auxílio e disponibilidade que sempre me concedeu, à Primeira Secretária da Embaixada de Cuba em Portugal, Ivette García, e seu filho Raynol García Pérez pela ajuda tão necessária em Cuba e ao apoio da minha família, sem a qual este trabalho não se teria realizado.

## Índice

Introdução	5
I – Sistema de Saúde Cubano (SSC) e Políticas de Saúde Pública em Cuba	
1. Saúde na Constituição da República de Cuba (CRC)	8
2. Saúde na Lei 41 da Legislação cubana	9
2.1 Cuidados de Saúde Materno-Infantis na Lei 41	9
2.2 Cuidados de Saúde ao Adolescente e ao Adulto na Lei 41	10
2.3 Cuidados de Saúde aos Idosos na Lei 41	10
2.4 Cuidados Estomatológicos na Lei 41	10
3. Ministério da Saúde Pública	12
II – Sistema de Saúde Cubano	
1- Organização do SSC	14
2- Formação de Recursos Humanos na Saúde em Cuba	17
2.1 Medicina	18
2.2 Enfermagem	18
2.3 Tecnologias da Saúde	19
2.4 INFOMED – Red Telemática de la Salud	19
3- As transformações no SSC na actualidade	21
4- Cooperação e Missões Internacionais	23
4.1 Programa Integral de Saúde	27
4.2 Programa Especial com a Bolívia e a Venezuela	28
4.3 Programa Operación Milagro	28
4.4 Contribuição para a formação de recursos humanos no exterior	29

III – Situação da Saúde em Cuba	
1- Indicadores Básicos em 2008	30
2- Análise Comparativa	32
2.1 Comparação de Indicadores de Saúde	32
2.1.1 Orçamento para a Saúde em 2006	33
2.1.2 Indicadores de Saúde	34
2.1.3 Força de trabalho e infraestruturas de Saúde	37
2.2 Características e organização dos sistemas de saúde comparados	38
2.2.1 Sistema de Saúde Português	38
2.2.2 Sistema de Saúde Brasileiro	40
2.2.3 Sistema de Saúde Argentino	41
2.2.4 Sistema de Saúde Búlgaro	42
2.2.5 Sistema de Saúde Polaco	43
IV – Relatório de Experiências	45
Discussão e Conclusões	53
Referências Bibliográficas	56

## Introdução

Neste trabalho procurar-se-á analisar o Sistema de Saúde Cubano (SSC), tendo como base uma revisão da informação disponível, da legislação em vigor e de um relatório de experiências de campo, incluindo entrevistas a profissionais de saúde e a estudantes de Medicina em Cuba. Integrada e comparada com a realidade dos sistemas de saúde e políticas de saúde pública de outros países, esta análise visa esclarecer e atestar os aparentes sucessos do SSC que, desde a revolução de 1959, se tornou um pilar fundamental e objectivo maior da organização social cubana.

Sendo um Sistema de Saúde a forma organizada encontrada por um qualquer Estado na realização do objectivo de promoção e manutenção da saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença*” (Constituição da OMS), certo é também que este sempre terá causas, consequências e dependências económicas, sociais e político-ideológicas. Em relação à última, podendo funcionar como elemento confundente da mais clara e objectiva perspectiva sobre este Sistema de Saúde, o autor não as esquecendo, permitir-se-á evitá-las ao máximo para a concretização do objectivo a que se propôs.

A Medicina, de base científica e executada por médicos capacitados, iniciou-se em Cuba no começo do século XIX, tendo aparecido nessa altura os primeiros hospitais e unidades dedicadas ao ensino médico.

Nos anos 50 do século XX, apesar de marcadas desigualdades no acesso aos cuidados médicos, em que só 8% da população rural era abrangida (*PBS – Views on Cuba*), Cuba tinha um dos mais positivos indicadores de Saúde das Américas, principalmente no que dizia respeito ao número de médicos por número de habitantes, é certo que concentrados nas cidades mais prósperas, e na esperança média de vida.

Após a revolução de 1959, o governo cubano colocou como prioridade do planeamento de Estado a concretização de um sistema de cuidados de saúde inclusivo e universal, “providenciando serviços de saúde para o maior número de pessoas possível, instituir um programa de medicina preventiva, e orientação no sentido da prática de medidas de higiene” (Ernesto Guevara, 1960). Mas tal foi, logo à partida, largamente dificultado pelo êxodo para os EUA de cerca de metade dos médicos cubanos nos meses seguintes à revolução, ficando na ilha cerca de 3000 médicos e 16 professores na Universidade de Havana.

Anteriormente de característica privada e de concentração urbana, nos anos 60 inicia-se o processo de nacionalização e regionalização dos cuidados de saúde, tendo sido também efectuado um esforço formativo suplementar, que levou a um aumento significativo do *ratio* médico por 10000 habitantes (9,8 em 1958, para 58,2 em 1999) (Sixto, Filipe Eduardo). Foi implementado um programa universal de vacinação e um programa para a redução da mortalidade infantil, o que em conjunto com uma relativa melhor distribuição alimentar atingiu resultados importantes na melhoria dos indicadores de saúde e na erradicação de diversas doenças contagiosas como a poliomielite e a rubéola.

Nos anos 90, com o desaparecimento da União Soviética, dos regimes socialistas da Europa de Leste, e manutenção do bloqueio económico imposto pelos EUA, Cuba viveu uma crise económica intensa, o chamado Período Especial, que, apesar do esforço orçamental na defesa do SSC, se manifestou também pelo aumento de incidência de algumas doenças como a tuberculose e a hepatite. (Bravo, Ernesto Mário, 1995)

Com a recuperação económica na primeira década do século XXI, devido à forte entrada de divisas pela expansão do sector do Turismo e à constituição da ALBA

(Alternativa Bolivariana para as Américas), também na Saúde se recupera para números similares aos pré-crise, ocorrendo agora uma reorganização dos serviços médicos, dadas as várias missões médicas internacionais e acordos com a ALBA.

## **I – SISTEMA DE SAÚDE CUBANO (SSC) E POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA EM CUBA**

### **1. Saúde na Constituição da República de Cuba (CRC)**

A relevância político-ideológica dada ao conceito e organização do SSC, impondo a Saúde como um Direito fundamental do Homem, sendo dever inalienável do Estado assegurá-lo, está bem patente na Lei Fundamental cubana. Referendada em 1976 e revista em 1992, a CRC define “o Estado, como Poder do povo, em serviço do próprio povo, garante que não haja doente sem assistência médica” (CRC, Capítulo I, Fundamentos Políticos, Sociais e Económicos do Estado, artigo 9º, ponto 2), assim como expõe no artigo 50º (Capítulo VII: Direitos, Deveres e Garantias Fundamentais): “Todos têm direito a que se atenda e se proteja a sua saúde. O Estado garante esse direito: com a prestação de assistência médica gratuita (...), mediante a rede de instalações de serviço médico rural, dos policlínicos, hospitais, centros profilácticos e de tratamento especializado; com a prestação de assistência estomatológica gratuita; com o desenvolvimento dos planos e divulgação sanitária e de educação para a Saúde, exames médicos periódicos, vacinação geral e outras medidas preventivas da doença. Em estes planos e actividades coopera toda a população através das organizações de massas e organizações sociais.”



## **2. Saúde na Lei 41 da Legislação cubana**

Se a base conceptual do SSC está bem expressa na CRC, é na Lei 41 da Legislação cubana, da Saúde Pública, que se estabelecem os princípios básicos para a regulação das relações sociais no campo da Saúde, “com o fim de contribuir para a garantia da promoção de Saúde, a prevenção de doenças, o restabelecimento da saúde, a reabilitação social dos doentes e a assistência social.” (*Ley 41*, Capítulo I, Artigo 1), reiterando o conceito de Saúde enquanto direito, e definindo “o carácter estatal das instituições, a gratuidade dos Serviços de Saúde e da assistência médica”, assim como “o carácter social do exercício da Medicina”, a “orientação profilática como função altamente priorizada”, a participação activa e organizada da população na elaboração e execução dos planos de Saúde Pública e a “colaboração internacional no campo da saúde e prestação de ajuda no campo da Saúde como um dever internacionalista” (*Ley 41*, Capítulo I, Artigo 4).

Também aí se determina que “o Policlínico é a unidade fundamental de prestação de cuidados de Saúde, desenvolve actividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação para uma população determinada, mediante serviços que abrangem todos os indivíduos, são e doentes” (*Ley 41*, Capítulo 2, Artigo 31).

### **2.1 Os Cuidados de Saúde Materno-Infantis na Lei 41**

O Sistema Nacional de Saúde cubano garante a prestação de cuidados de Saúde a todas as grávidas, mediante “as consultas pré-natais em ambulatório, consultas especializadas na gravidez de risco, com lares maternos, hospitais e outros serviços especializados” (Artigo 23). Os lares maternos são uma estrutura especializada, onde

gravidezes de risco e grávidas em situações socio-económicas degradadas são seguidas em regime de internamento. É competência do Sistema Nacional de Saúde definir orientação e seguimento de cada criança e do número de consultas de controlo segundo a sua idade, como também organizar mediante “instituições e unidades especializadas, os cuidados permanentes a crianças com deficiência física ou mental que deles necessitem” (Artigo 26).

## **2.2 Os Cuidados de Saúde ao Adolescente e ao Adulto na Lei 41**

O Sistema Nacional de Saúde em coordenação com as instituições estatais “contribui a elevar o nível de saúde do adolescente” (Artigo 27), assim como “a diminuir a morbilidade, prolongar a vida da população mediante o tratamento medico preventivo e curativo através do Programa de Atenção Integral ao Adulto” (Artigo 28).

## **2.3 Os Cuidados de Saúde aos Idosos na Lei 41**

O Sistema Nacional de Saúde atende aos idosos através de medidas de “prevenção, curativas e de reabilitação de índole bio-psico-social, que possam levar a uma vida activa e criativa neste grupo etário” (Artigo 29)

## **2.4 Os Cuidados Estomatológicos na Lei 41**

O Sistema Nacional de Saúde “garante a promoção, preservação e cura e reabilitação estomatológica mediante a execução de programas de cuidados

preventivo-curativos a toda a população, mediante as prioridades estabelecidas pelo Ministério da Saúde Pública” (Artigo 30).

### **3- Ministério da Saúde Pública**

O Ministério da Saúde Pública (MINSAP) é o organismo de direcção do Sistema Nacional de Saúde em Cuba, encarregado de dirigir, executar e controlar a aplicação da política do Estado e do Governo no que respeita à Saúde Pública, desenvolvimento das Ciências Médicas e da Indústria Médico-Farmacêutica.

Tem como princípios de base o carácter estatal e social da Medicina, a acessibilidade e gratuidade dos serviços, a orientação profilática, a aplicação adequada dos avanços da Ciência e da Técnica, a participação da comunidade e a intersectorialidade, a colaboração internacional e a centralização normativa e descentralização executiva.

Já como funções de direcção, é responsável pelo controlo e vigilância epidemiológica das doenças e seus factores de risco, pelo controlo e vigilância de todos os produtos e substâncias que possam influenciar a saúde humana, por regular e controlar a aprovação, execução e avaliação das investigações biomédicas ou de outras que se realizem em seres humanos, por regular as condições higiénicas e de saneamento do meio ambiente nos aspectos que possam resultar como agressivos para a saúde humana e controlar o seu cumprimento através da inspecção sanitária estatal, por regular o exercício da Medicina e das actividades que lhe são afins, e por exercer a avaliação, o registo, regulação e o controlo dos fármacos de produção nacional e de importação, equipamentos médicos e materiais de uso médico.

Tem como responsabilidades específicas, a planificação e execução da promoção, prevenção, cura e reabilitação da Saúde humana; a organização dos serviços de atenção médica preventiva e curativa para toda a população; a organização dos Serviços de Saúde como parte da Assistência Social destinada aos idosos, deficientes

físicos e mentais, e tributários de outro tipo específico de atenção; a elaboração e manutenção do sistema de informação estatística de Saúde, no sentido de satisfazer as suas próprias necessidades como organismo e de outros organismos nacionais e internacionais; a responsabilidade de dirigir, organizar e controlar o processo de formação de especialistas, o aperfeiçoamento e educação continuada dos profissionais e dos seus técnicos próprios; a direcção das actividades de produção, exportação, importação, comercialização e distribuição de fármacos e equipamentos médicos; e de dirigir a actividade de comercialização dos serviços de saúde, assistência técnica, a formação e especialização de estrangeiros, assim como de software e literatura científica de Saúde. (INFOMED – [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)).

## **II – SISTEMA DE SAÚDE CUBANO**

### **1- Organização do SSC**

O SSC está estruturado em 4 níveis dando-se um grande relevo aos Cuidados de Saúde Primários, Nível Primário, dada a premissa de ser melhor gastar um pouco na prevenção do que, mais tarde, muito no tratamento de doenças avançadas.

Assim, temos um Nível Primário, com ampla cobertura e baixa complexidade, composto por Equipas de Saúde Básica responsáveis por implementar o Programa de Médico de Família, sendo compostas por um médico e um enfermeiro, que trabalham num Consultório responsável por cerca de 800 pessoas residentes nos quarteirões vizinhos.

O Programa de Médico de Família (PMF) tem a responsabilidade de compreender o indivíduo e a seu estado de doença integrando-os num contexto de família, casa e localidade que o influenciam e por quem são influenciados, visando a prevenção de doenças e a promoção de Saúde, utilizando a consulta, a visita domiciliária e assistência educativa para a Saúde como maiores ferramentas para este fim. O PMF tem também funções de monitorização e controlo epidemiológico, estando em estreita ligação com o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) que determina quais as doenças a monitorizar e define o Programa de Controlo de Doenças Transmissíveis, para a prevenção da disseminação na família, amigos e comunidade. (Lee, T. Dresang *et al.*, 2005)

O Grupo de Trabalho Básico (GTB) é uma equipa que assiste a Equipa de Saúde Básica (ESB) em programas de saúde, tais como os Cuidados de Materno-Infantis, Assistência Estomatológica, Assistência Médica do Adulto Maior e outros. Para além

do referido, o GTB tem funções de formação e supervisão das ESB.

As ESB e os GTB estão organizados por Áreas de Saúde, nas quais existe um Policlínico, Hospital de pequena dimensão, para onde são enviados os doentes que o Médico de Família entende que necessitam de consultas de especialidade, de meios complementares de diagnóstico ou de terapêuticas fora do seu alcance (Anderson, Matt *et al.*).

Todos os Policlínicos oferecem cerca de 25 serviços, entre os quais de encontram: Electrocardiograma de urgência e electivo, Radiografia, Endoscopia, Ultrassonografia, Optometria, Laboratório Clínico, Imunização, Atenção Integral ao Diabético e ao Idoso, Traumatologia, entre outros. Dependendo das características da Área de Saúde a que está adstrito também poderá ter outras competências e consultas de especialidade de que esta necessite. (Diaz Novás J *et al.*)

Existindo 498 por toda a ilha, os Policlínicos são, assim, o centro de uma determinada Área de Saúde, usualmente sem internamento e com um pequeno Serviço de Urgências, responsáveis por fazer a ligação com o Nível Secundário.

Do Nível Secundário, menor cobertura com maior complexidade, fazem parte os hospitais regionais e municipais, para onde os doentes são encaminhados, quando o Nível Primário é insuficiente para a resolução do seu problema.

As unidades deste nível têm, assim, meios complementares de diagnóstico mais específicos e sofisticados, como laboratórios de Anatomia Patológica, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Angiografia, entre outros, que não existem nos Policlínicos.

Os níveis Terciário e Quaternário, de cobertura mínima e complexidade máxima, ocorrem quando há necessidade de internamento. O Terciário quando o internamento acontece para diagnóstico e/ou tratamento e o Quaternário quando a condição do

doente requer Unidade de Cuidados Intensivos. Estes níveis de Cuidados de Saúde são fornecidos pelos hospitais mas também por institutos especializados. (INFOMED – [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)).

Outras características que definem um carácter singular ao Sistema de Saúde Cubano são a administração de todas as estruturas de Saúde, desde o Consultório ao Ministério da Saúde Pública, por profissionais de Saúde, ao contrário do conceito que, hoje, se tem imposto em grande parte dos países de desenvolvidos, onde esta é tarefa de profissionais de Gestão ou Administração Hospitalar; assim como o envolvimento do doente e da população em geral nas políticas de saúde, tomada de decisões e nas medidas de promoção de Saúde, tendo como elemento essencial estruturas sociais criadas no contexto da Revolução, como os Comités de Defesa da Revolução, que ganharam, mais tarde, outras competências, sendo agora vistas como parte integrante do próprio Sistema de Saúde. O trabalho de equipa, com abordagem multidisciplinar e integração natural do trabalho das várias estruturas, é também muito evidente, tanto no trabalho em comunidade como no sector hospitalar, sendo imperativo afirmar que tal é dependente da própria organização social cubana.

Como já referido no capítulo referente à legislação e política de Saúde, para a organização do Sistema de Saúde em Cuba foi e é muito importante este ser visto como um sector estratégico, motivo de orgulho e pilar da Revolução cubana, existindo um comprometimento absoluto com a Saúde por parte do Presidente Fidel Castro. Levando a que, mesmo durante o Período Especial, na década de 90, com um franco decréscimo no Produto Interno Bruto, a Saúde, tal como a Educação, tenha sido protegida no Orçamento de Estado (Pietroni, Patrick; 2000).



## **2 - Formação de Recursos Humanos na Saúde em Cuba**

Se aquando da Revolução Cubana, o país somente contava com uma Escola Médica e 6000 médicos, concentrados em La Habana e nas grandes cidades do país, hoje Cuba conta com 70594 médicos, dos quais 33769 são médicos de família, com uma cobertura total do território, sendo dado grande ênfase às zonas rurais, tendo permitido uma alteração cabal ao quadro geral de Saúde, quer nos indicadores de Saúde como na tipologia das doenças, hoje de carácter crónico e não transmissíveis (García, Prof. Dr. Alberto Durás García).

Para atingir este objectivo, o SNS cubano necessitou de realizar um conjunto de reformas e investimentos, tendo priorizado a formação de recursos humanos, em quantidade e qualidade, e a criação de uma rede de Institutos e Faculdades, existindo hoje:

- . 22 Faculdades de Medicina
- . 1 Escola Latinoamericana de Medicina com 12 Faculdades de Formação
- . 4 Faculdades de Estomatologia
- . 4 Faculdades de Enfermagem
- . 4 Faculdades de Tecnologias da Saúde
- . 1 Escola Nacional de Saúde Pública com 15 centros provinciais no país.
- . 29 Faculdades para o programa de formação de médicos latino-americanos.
- . 245 Policlínicos universitários

Sendo que o número de estudantes matriculados no sistema de formação ascende a 159526, entre estes 149123 cubanos e 10403 de outros países.

## **2.1 Medicina**

Na formação dos médicos gerais básicos, licenciados em Medicina, em Atenção Primária de Saúde (APS) utilizaram-se novos métodos, sendo de relevar a introdução de um internato profissionalizante e o policlínico universitário como cenário docente.

No curso de 2004/2005 iniciou-se o emprego dos recursos modernos da informática e das telecomunicações, até aí inexistentes, e uma mais forte vinculação com a clínica, no sentido de uma aprendizagem mais prática.

Na carreira em APS incluem-se estudantes do 6º ano de Medicina, após o internato profissionalizante, que se preparam mediante o seu trabalho tutorado num consultório médico junto da comunidade. Esta carreira atingiu em 2007 uma matrícula de 7894 estudantes.

Desde 2002 foi largamente impulsionada a criação de novos mestrados e doutoramentos, no sentido de elevar e aperfeiçoar a formação de recursos humanos médicos e de todas as outras carreiras no sector da Saúde, para a introdução de novas tecnologias e para atingir níveis de sustentabilidade dos novos serviços, que se pensam estender aos países com os quais Cuba colabora.

## **2.2 Enfermagem**

Após um período em existia um deficit de enfermeiros, em 2001 foi criado o Programa Emergente de Enfermagem no sentido de suprir essas necessidades, em associação com um modelo mais flexível de formação, permitindo que a esta se candidatassem indivíduos com o 9º e 10º ano de escolaridade.

A Licenciatura em Enfermagem lecciona-se em todos os municípios do país, com

uma matrícula que em 2007 chegava aos 45448 estudantes.

### **2.3 Tecnologias de Saúde**

Este modelo iniciou-se em Setembro de 2002 com o objectivo de formar recursos humanos para uma extensão de serviços de saúde de excelência com trabalhadores qualificados perto das populações. Assim, iniciaram-se 4 perfis de forma experimental, sendo que hoje este modelo ainda se encontra em aperfeiçoamento, mas já contando com 21 diferentes.

Ao seu início, em 2002, os estudantes poderiam escolher entre a carreira de Terapia Física e Reabilitação, Laboratório Clínico, Radiologia e Medicina Transfusional.

### **2.4 INFOMED – Red Telemática de la Salud**

A INFOMED é, hoje, um dos maiores apoios aos cursos de Saúde e à aprendizagem e aperfeiçoamento continuado dos profissionais de Saúde, através de suporte electrónico, programas, material bibliográfico e vários recursos de ensino.

A actual missão da INFOMED é o desenvolvimento de uma rede integrada de telecomunicações para um acesso a informação e conhecimento que assista na clínica, formação e pesquisa dos profissionais de Saúde, e assim melhorar a eficiência do SSC através do desenvolvimento de uma infra-estrutura electrónica avançada que permita uma rápida e eficaz comunicação com a comunidade científica internacional.

Os objectivos estratégicos desta rede incluem: ligar a Biblioteca de Saúde Virtual a bases de dados internacionais; criar uma infra-estrutura de técnicos, organizações e

recursos humanos no sentido de um crescimento sustentado da mesma; facilitar a formação continuada dos profissionais de Saúde através da Universidade Virtual; desenvolver redes de telemedicina especializadas; desenvolver software médico; auxiliar na comunicação entre instituições de Saúde cubanas e internacionais, criando um espaço de trabalho virtual; e promover a investigação e publicação científica. (Séror, Ann C *et al.*, 2004)

### **3- As transformações do SSC na actualidade**

No ano de 2002 iniciaram-se os Programas de Revolução em Saúde, definindo que, estrategicamente, para alcançar os objectivos ambiciosos traçados existia a necessidade de reformular a estrutura organizativa dos serviços de saúde, em particular a Atenção Primária, aprofundando o trabalho do médico e enfermeiro de família.

As premissas básicas dessas alterações estão relacionadas com uma aproximação dos serviços às populações, adequando os serviços às condições de Saúde de cada lugar, à formação e aperfeiçoamento continuo dos recursos humanos e ao melhoramento e introdução de novas tecnologias.

Significativas transformações materiais têm-se produzido através de um acelerado processo de reparação dos policlínicos, levando e criando neste serviços especializados que somente existiam, até então, nos hospitais e produzindo uma transferência de alta tecnologia, com extensão dos serviços de reabilitação integral, dos serviços de bibliotecas informatizadas e aumento em quantidade e qualidade dos equipamentos médicos aí existentes.

Em 2004, o policlínico converte-se em Policlínico Universitário, como novo modelo de formação, onde o policlínico é o órgão central para a formação nas carreiras de Medicina, Estomatologia, Psicologia, Enfermagem e dos diversos cursos de Tecnologias da Saúde. Com uma formação integral desde a comunidade e baseando a educação com a prática, fundindo a aprendizagem com a investigação, como elementos indissolúveis do mesmo processo.

Na actualidade, o Policlínico é a instituição básica do SSC, orientadora das instituições de saúde da sua área e responsável por integrar e materializar todas as

acções do Sistema de Saúde. Assim, é responsável por conduzir o doente pelos diversos níveis de atenção do sistema até a solução dos seus problemas.

Os horários e frequências dos serviços, estão ou deverão estar adaptados às necessidades e características da comunidade, segundo as suas necessidades e demandas, planificando de maneira sistemática como e quando levar os serviços de atenção médica a populações rurais e/ou de difícil acesso, comunidades isoladas, comunidades complexas mediante o seu quadro de morbimortalidade, através de jornadas de saúde e outras modalidades (Morales, Prof. Dra. Estela Cristina *et al.*).

#### **4 - Cooperação e Missões Internacionais**

A Cooperação Médica Internacional cubana é, desde 1963, imagem de marca do seu sistema de saúde e do próprio regime, sendo esta concretizada pela colaboração directa de profissionais de Saúde cubanos no estrangeiro e pela formação de profissionais estrangeiros em Cuba e nos seus países.

Foi, a 23 de Maio de 1963, com o envio de uma brigada de 55 médicos voluntários para a Argélia, que se deu início a um largo conjunto de colaborações permanentes com o estrangeiro, mas foi em 1960, no Chile, que Cuba principia a colaborar em situações de desastres, que estão sumariadas no quadro seguinte.

<b>1960</b>	<b>Chile</b>	Terramoto, 5000 mortos	Equipa médica
<b>1970</b>	<b>Peru</b>	Terramoto, 60000 mortos	Equipa médica, 6 Hospitais Rurais 106000 unidades de sangue
<b>1972</b>	<b>Nicaragua</b>	Terramoto, 5000 mortos	Equipa médica e medicamentos
<b>1974</b>	<b>Honduras</b>	Furacão Fifi, 2000 mortos	Equipa médica
<b>1990</b>	<b>União Soviética</b>	Chernobyl	17733 crianças tratadas em Cuba, até Outubro de 2004
<b>1996</b>	<b>Brasil</b>	Exposição a radiação	52 doentes tratados em Cuba
<b>1998</b>	<b>América Central</b>	Furacão Mitch, 30000 mortos	Equipas médicas
<b>1998</b>	<b>Haiti</b>	Furacão Georges	Equipa médica
<b>1999</b>	<b>Venezuela</b>	Cheias 9000 mortos	Equipa médica
<b>2000</b>	<b>El Salvador</b>	Epidemia de Dengue, 10000 casos em 16 semanas.	Equipa médica, equipamento e aconselhamento

**Tabela 1**



Em 19 de Setembro de 2005, após o desastre provocado pelo Furacão Katrina em New Orleans, foi constituído o Contingente “Henry Reeve”, para atender a situações de catástrofe natural e de grandes epidemias. Integrado por 10000 médicos, enfermeiros e finalistas do curso de Medicina, interveio em já em várias situações de catástrofe natural, estando hoje deslocado para prestar cuidados médicos ao povo do Haiti, vítima de um terramoto devastador em Janeiro de 2010.

<b>Outubro 2005</b>	<b>Paquistão</b>	Terramoto, 75000 mortos, 3,3 milhões de desalojados	2465 equipas médicas 32 hospitais de campo (durante 7 meses)
<b>Outubro 2005</b>	<b>Guatemala</b>	Furacão Stan 670 mortos, 300000 desalojados	600 equipas médicas e medicamentos (3 meses)
<b>Fevereiro 2006</b>	<b>Bolívia</b>	Cheias	140 equipas médicas 20 hospitais de campo
<b>Junho 2006</b>	<b>Indonésia</b>	Terramoto, 6000 mortos	135 equipas médicas 2 hospitais de campo

**Tabela 2**

Hoje, a cooperação médica internacional cubana faz-se, principalmente, por 4 vectores: os Programas Especiais, como os existentes com os membros da ALBA, tendo como exemplos maiores a Bolívia e a Venezuela, assim como com a Argélia e a China, estes dependentes de um intercâmbio de bens e serviços, mediante o envio de médicos (280 para a Argélia) e a construção de centros oftalmológicos (9 na Argélia e 1 na China); a Operación Milagro; o PIS (Plano Integral de Saúde); e pela contribuição na formação de recursos humanos na Área da Saúde. (Torres, Dr. Néstor Marimón *et al.*, 2006).

#### 4.1 Programa Integral de Saúde

Este programa desenvolve-se hoje em 31 países onde 2777 colaboradores estão presentes, destes 1979 são médicos, distribuindo-se geograficamente da forma que a tabela 3 explicita. Os departamentos, cerca de 400, em que se efectua esta colaboração cobrem uma população total de 59174683 habitantes, tendo-se realizado nos últimos 7 anos de cooperação 80285750 consultas médicas, 2152479 intervenções cirúrgicas, e salvando-se 1528497 vidas.

Distribuição dos colaboradores do PIS			
Região	Colaboradores	Médicos	População coberta
África Subsahariana (23 países)	1 117	816	48 573 000
América Latina (5 países)	2 232	1 592	13 026 055
Caribe (7 países)	640	322	5 975 609
Norte de África e Médio Oriente (1 país, RASD)	9	8	n/d
Ásia e Oceânia (6 países)	249	178	964 416
Europa (1 país: Ucrânia)	6	4	n/d
12 de Outubro de 2009			

Tabela 3

## **4.2 Programa Operación Milagro**

Julga-se que existam no mundo cerca de 37 milhões de cegos, de entre estes 80% são por condições reversíveis, sendo que 50% destas por catarata. Em 2004, surge este programa que atende a estas situações e no qual colaboram 239 médicos, e desde então dele beneficiaram gratuitamente 513664 doentes, destes 95131 da América Latina, 24797 do Caribe, 305930 Venezuelanos e 97806 cubanos. Também foram operados 425858 doentes provenientes do resto do mundo, com retribuição económica.

Da Operación Milagro consta, também, a abertura de 29 centros cirúrgicos de alta tecnologia em 6 países (12 na Venezuela, 11 na Bolívia, 2 Equador, 1 na Guatemala, 2 no Haiti e 1 nas Honduras). (Torres, Dr. Néstor Marimón, 2007)

## **4.3 Programa Especial com a Bolívia e a Venezuela**

Integrado nos acordos da ALBA, surge o Programa Especial com a Venezuela e a Bolívia, sendo que é no primeiro país que este chegou mais longe através do chamado Plano Barrio Adentro, onde colaboram 24464 cubanos, de estes 13153 médicos, prestando cuidados de saúde por todo o país, mas dando relevância às zonas rurais excêntricas, onde a assistência médica era nula.

No Programa Especial com a Bolívia colaboram 1607 cubanos, destes 1220 médicos, trabalhando nas 9 províncias do país, em 20 Centros de Diagnóstico Integral doados por Cuba.

#### **4.4 Contribuição na formação de recursos humanos no exterior**

Para além da colaboração de profissionais cubanos em missões internacionais de solidariedade, a formação de recursos humanos na área da Saúde é também um vector de grande importância nas relações exteriores de colaboração de Cuba com o resto do mundo. Neste quadro, evidenciam-se a Escola Latinoamericana de Medicina, fundada em 1998, que hoje acolhe estudantes de 24 países, 19 da América Latina, 4 de África e os Estados Unidos da América, com 8637 estudantes; a colaboração na criação de 12 faculdades de Medicina em vários países e trabalhado em 38 instituições de Educação Médica em países subdesenvolvidos; a assistência dada pelo sistema de Educação Médica a 17 países, com 305 professores cubanos que leccionam em 24 faculdades de Medicina; o funcionamento da Faculdade do estudante do Caribe no Instituto Superior de Ciências Médicas de Santiago de Cuba; os intercâmbios em investigações científicas, mediante projectos conjuntos com centros e investigadores de diversos países; e a formação em especialidades médicas e Estomatologia de médicos estrangeiros (García, Prof. Dr. Alberto Durás).

Cuba forma como médicos um total de 53815 jovens de 85 países (21926 em Cuba e 31889 através dos colaboradores cubanos no exterior, sendo que destes cerca de 30000 são venezuelanos, tendo também já formado 54872 assistentes sociais desde que iniciou a cooperação com a Bolívia e a Venezuela.

### III – SITUAÇÃO DA SAÚDE EM CUBA

#### 1- Indicadores básicos em 2008

<b>População total</b>	11239330
<b>Total de nados vivos</b>	122569
<b>Percentagem de partos em instituições de saúde</b>	99,9
<b>Taxa bruta de natalidade por 1000 habitantes</b>	10,9
<b>Taxa bruta de mortalidade por 1000 habitantes</b>	7,7
<b>Taxa media anual de crescimento da população por 1000 habitantes</b>	-0,1
<b>Taxa de fecundidade geral por 1000 mulheres de 15-49 anos</b>	40,8
<b>Taxa global de fecundidade (filhos por mulher)</b>	1,59
<b>Taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos</b>	6,2
<b>Percentagem de crianças que chegam aos 5 anos de idade</b>	99,4
<b>Taxa de mortalidade perinatal</b>	14,0
<b>Taxa de mortalidade infantil por infecções respiratórias agudas por 1000 nados vivos</b>	0,3
<b>Taxa de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias por 100000 habitantes</b>	7,0
<b>Taxa de mortalidade maternal por 100000 nados vivos</b>	29,4
<b>Médicos por 10000 habitantes</b>	66,3

<b>Estomatologistas por 10000 habitantes</b>	10,0
<b>Médicos de família</b>	32289
<b>Percentagem de população atendida por médicos de família</b>	100,0
<b>Pessoal de enfermagem por 10000 habitantes</b>	95,9
<b>Camas de assistência médica</b>	52331
<b>Camas de assistência médica por 1000 habitantes</b>	4,7
<b>Camas de assistência social</b>	14937
<b>Camas de assistência social por 1000 habitantes</b>	1,3

**Tabela 4 – feita com base nos Indicadores Básicos – Situación de Salud en Cuba 2008 - MINSAP**

#### **Indicadores de mortalidade em relação à causa**

<b>Taxa de mortalidade por 100000 habitantes</b>						
<b>Patologia</b>	<b>Tumor</b>	<b>AVC</b>	<b>Influenza e</b>	<b>Acidente</b>	<b>Diabetes</b>	<b>Lesões</b>
<b>Cardíaca</b>	<b>maligno</b>		<b>pneumonia</b>		<b>Mellitus</b>	<b>auto-infligidas</b>
199,6	189,0	82,3	54,4	29,4	18,2	12,1

**Tabela 5 – feita com base nos Indicadores Básicos – Situación de Salud en Cuba 2008 - MINSAP**

## **2- Análise comparativa**

### **2.1 Comparação de Indicadores de Saúde**

Este capítulo, focar-se-á, essencialmente, numa comparação entre os indicadores de saúde apresentados pela República de Cuba e os indicadores de países com semelhantes recursos e desenvolvimento, sendo assim mais fácil tecer elações sobre a importância ou irrelevância das políticas de Saúde cubanas.

Para esta escolha utilizar-se-ão as categorias criadas pela OMS que incluem Cuba nos Países de Rendimentos Médios-Altos, em conjunto com a África do Sul, Argentina, Bielorrússia, Belize, Botswana, Brasil, Bulgária, Chile, Costa Rica, Croácia, Dominica, Fiji, Gabão, Granada, Jamaica, Kazaquistão, Letónia, Líbano, Líbia, Lituânia, Malásia, Maurícias, México, Montenegro, Palau, Panamá, Polónia, Roménia, Rússia, Saint Kitts e Nevis, Santa Lucia, San Vicente, Sérvia, Seychelles, Suriname, Turquia, Uruguai e Venezuela. O autor, considerando que o número de países aqui se incluem é demasiado elevado, funcionando como factor desmotivante para uma análise séria, escolheu 9, sendo que destes 5 são da América Latina, 3 da Europa (2 da União Europeia e 1 exterior a esta) e 1 da África: Argentina, Bielorrússia, Brasil, Bulgária, Letónia, Maurícias, México, Polónia e Suriname. A este grupo foi adicionado Portugal e a média da totalidade do grupo da OMS, para a obtenção de uma perspectiva de comparação mais correcta do que a que os dados dos países escolhidos poderão oferecer.



### 2.1.1 Orçamento para a Saúde em 2006

	<b>Despesa total com Saúde (% do PIB)</b>	<b>% Encargo do Estado na Saúde</b>	<b>% Encargo de privados na Saúde</b>	<b>Despesa do Estado em Saúde como % das suas despesas</b>
<b>Cuba</b>	7,7	91,6	8,4	11,2
<b>Argentina</b>	10,1	45,5	54,5	14,2
<b>BieloRus</b>	6,4	74,9	25,1	10,2
<b>Brasil</b>	7,5	47,9	52,1	7,2
<b>Bulgária</b>	6,2	56,7	43,0	11,2
<b>Letónia</b>	6,6	59,2	40,8	10,8
<b>Maurícias</b>	3,9	51,1	48,9	9,4
<b>México</b>	6,6	44,2	55,8	11,8
<b>Polónia</b>	6,2	70,0	30,0	9,9
<b>Suriname</b>	6,2	42,6	57,4	8,0
<b>Portugal</b>	10,2	70,5	29,5	15,5
<b>Média dos PRMA</b>	6,3	55,1	44,8	9,8

**Tabela 6 – com base nos dados da Organização Mundial da Saúde em 2006**

### 2.1.2 Indicadores de Saúde

	Esperança média de vida (anos)		Esperança média de vida saudável (anos)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
<b>Cuba</b>	76	81	68	71
<b>Argentina</b>	71	79	64	69
<b>BieloRus</b>	65	76	58	66
<b>Brasil</b>	70	76	62	66
<b>Bulgária</b>	69	76	63	69
<b>Letónia</b>	66	76	59	68
<b>Maurícias</b>	70	76	61	65
<b>México</b>	73	78	65	69
<b>Polónia</b>	71	80	64	70
<b>Suriname</b>	66	73	58	64
<b>Portugal</b>	76	82	69	73
<b>Média dos PRMA</b>	67	74	58	63
<b>Tabela 7 – com base nos dados da Organização Mundial da Saúde em 2007</b>				

	Taxa de Mortalidade Infantil (por 1000 nados vivos)		Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos de vida (por 1000 nados vivos)		Taxa de mortalidade em idade adulta (entre os 15 e os 60 anos por 1000 habitantes)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
<b>Cuba</b>	5	4	7	6	124	79
<b>Argentina</b>	15	12	17	14	165	88
<b>BieloRus</b>	6	5	8	6	329	115
<b>Brasil</b>	22	18	24	19	211	106
<b>Bulgária</b>	10	10	12	12	227	91
<b>Letónia</b>	8	9	10	10	312	115
<b>Maurícias</b>	15	15	17	16	208	103
<b>México</b>	19	16	47	39	401	192
<b>Polónia</b>	7	6	8	6	209	79
<b>Suriname</b>	32	22	33	24	270	164
<b>Portugal</b>	3	3	4	3	132	54
<b>Média dos PRMA</b>	20	17	24	20	276	138
<b>Tabela 8 – com base nos dados da Organização Mundial da Saúde em 2007</b>						

	<b>Taxa de Mortalidade Materna em 2005 (100000 partos)</b>	<b>Taxa de Mortalidade por causa e estandardizada à idade em 2004 (100000 habitantes)</b>		
		<b>Cardiovascular</b>	<b>Cancro</b>	<b>Ferimentos</b>
<b>Cuba</b>	45	207	131	50
<b>Argentina</b>	77	207	139	46
<b>BieloRus</b>	18	614	140	150
<b>Brasil</b>	110	286	133	78
<b>Bulgária</b>	11	529	129	42
<b>Letónia</b>	10	471	156	115
<b>Maurícias</b>	15	453	89	43
<b>México</b>	60	174	92	65
<b>Polónia</b>	8	314	177	54
<b>Suriname</b>	72	389	109	67
<b>Portugal</b>	11	200	134	40
<b>Média dos PRMA</b>	91	401	133	102
<b>Tabela 9 - com base nos dados da Organização Mundial da Saúde</b>				

### 2.1.3 Força de trabalho e infra-estruturas de Saúde

	<b>Médicos por 10000 habitantes</b>	<b>Enfermeiros e outro pessoal de Saúde por 10000 habitantes</b>	<b>Dentistas por 10000 habitantes</b>	<b>Camas hospitalares por 10000 habitantes</b>
<b>Cuba</b>	59	74	9	49
<b>Argentina</b>	30	8	8	41
<b>BieloRus</b>	48	125	5	113
<b>Brasil</b>	12	38	11	24
<b>Bulgária</b>	37	46	9	64
<b>Letónia</b>	31	56	7	75
<b>Maurícias</b>	11	37	2	30
<b>México</b>	20	9	8	16
<b>Polónia</b>	20	52	3	52
<b>Suriname</b>	5	16	<1	33
<b>Portugal</b>	34	46	6	35
<b>Média dos PRMA</b>	22	42	6	42
<b>Tabela 10 – com base nos dados da Organização Mundial da Saúde</b>				

## **2.2 Características e organização dos sistemas de saúde comparados**

O Sistema de Saúde Cubano como é rapidamente atestado tem indicadores de saúde, em geral, bem superiores aos encontrados no seu grupo de países, assemelhando-se a países mais prósperos, com despesas orçamentais mais reduzidas – se bem que com insuficiências a nível de infra-estruturas, equipamento médico e um regime de baixos salários de médicos e outro pessoal de Saúde, principalmente quando comparado com o que existe no grupo de países mais desenvolvidos, no qual se inclui Portugal.

Neste sub-capítulo proceder-se-á a uma breve análise de alguns dos Sistemas de Saúde supra mencionados, descrevendo o seu modelo organizativo e suas prioridades, na tentativa de consubstanciar indicadores de saúde com políticas de saúde de cada Estado. Por demasiado extenso e, porventura, apartado do objectivo proposto, apenas se analisarão 5 países: Portugal, Polónia e Bulgária da Europa e o Brasil e Argentina da América Latina.

### **2.2.1 Sistema de Saúde Português**

Muito embora o Sistema de Saúde Português e o Sistema de Saúde Cubano partilhem algumas semelhanças, sendo por ambos os países considerado como responsabilidade do Estado o assegurar da Saúde para todos os seus cidadãos, há factores muito marcados que influenciam as estratégias, os resultados e características de cada um, de entre estes os económicos, limitando em muito o potencial de análise entre os dois sistemas.

Como em Cuba, em Portugal a Saúde é um direito constitucionalmente garantido,

com uma rede própria do Estado, tanto ao nível dos cuidados primários como diferenciados, consagrando o princípio de que os serviços sejam disponibilizados e estruturados no interesse do utente.

Sendo considerado um dos melhores sistemas e preconizando, na teoria, um dos socialmente mais avançados sistemas de saúde do mundo, nem sempre os resultados lhe correspondem, verificando-se ainda um funcionamento deficiente, numa situação de sub-financiamento crónica.

A melhoria do estado geral de saúde de uma população está directamente relacionada com o princípio da universalidade e generalidade, que pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e por serviços prestadores de cuidados. Porém, em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde, não tem capacidade para dar cobertura a um conjunto vasto de prestações básicas, tais como a oferta de cuidados dentários que não está suficiente desenvolvida, de forma a dar cobertura continuada a todos os cidadãos. Por isso a maioria dos cuidados dentários, é prestada em regime privado, existindo subsistemas que concedem cobertura, se bem que parcial, aos seus aderentes, o que na prática é o afirmar de uma discriminação em termos de universalidade e de generalidade (Baganha, Maria Ioannis *et al.*).

O financiamento do Serviço Nacional de Saúde feito pelos impostos pagos com base nos rendimentos das famílias e empresas e com utilização tendencialmente gratuita, mas em verdade, as despesas privas ou directas dos cidadãos portugueses com a Saúde têm aumentado na última década, significando que os doentes pagam cada vez mais os cuidados de saúde que recebem – que supostamente já teriam pago através da tributação dos impostos – e, devido à inexistência de uma suficiente protecção dos doentes de menores rendimentos ou com patologias mais dispendiosas,

levando doentes ao abandono de terapêuticas e do sistema de cuidados por razões meramente económicas.

Apesar manifestar imperfeições e com futuro incerto, com o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde, nos últimos 30 anos, Portugal ascendeu tanto nos índices de desenvolvimento humano como na avaliação do estado de saúde pela OMS.

### **2.2.2 Sistema de Saúde Brasileiro**

O Sistema de Saúde Brasileiro é composto pelo Sistema Único de Saúde, público e cobrindo a grande maioria da população, e um sector privado, gerido por seguradoras de Saúde e fundos privados.

O Sistema Único de Saúde, estabelecido em 1988 pela Constituição Brasileira, apoia-se em 3 premissas básicas: universalidade, generalidade e equidade.

A gestão e implementação do SUS são planeadas pelas próprias populações, organizadas em Conselhos de Saúde, – a nível local, municipal, de estado e nacional – considerada uma avançada forma de democracia directa tem também sido estendida a outros sectores que não o da Saúde.

Com um nível de investimento do Estado acima da média para países de semelhantes PIB per capita, desde o início dos anos 90, o Brasil iniciou um processo de descentralização dos serviços, dando ênfase à prevenção e promoção de Saúde, que levou a uma melhoria no estado de saúde do Brasil, com diversos indicadores a encontrarem-se perto da média dos países da OCDE.

Os seguros de saúde privados estão amplamente difundidos pelo Brasil, podendo ser comprados numa base individual ou como parte de um contrato de trabalho. Em 2008, cerca de 37 milhões de brasileiros tinham algum tipo de seguro de saúde



privado (Agência Nacional de Saúde).

### **2.2.3 Sistema de Saúde Argentino**

O Sistema de Saúde Argentino é composto por 3 sectores: o sector público, financiado pelos impostos; o sector privado, financiado por um sistema de seguros voluntários; e o sector da Segurança Social, financiado por um sistema de seguros obrigatórios. Estes sectores são controlados pelo Ministério da Saúde e da Segurança Social, que também é responsável pela sua regulação, avaliação e recolha de dados estatísticos.

O sector público é financiado e gerido pelas Obras Sociales dos sindicatos argentinos, existindo cerca de 300 por toda a Argentina. Estas organizações são muito diversas no que concerne à qualidade e efectividade dos serviços, criando grandes desigualdades sociais e geográficas. Assim, na tentativa de minorar este problema, o Ministério estabeleceu um Fundo de Redistribuição Solidária.

O sistema das Obras Sociales não é universal para todos os trabalhadores, não abrangendo alguns sectores. Esta situação agravou-se com o aumento do desemprego consequente à crise de 2001.

O sector privado na Argentina é caracterizado por uma grande heterogeneidade, constituído por um largo número de instituições fragmentadas e pequenas redes de cuidados, cobrindo cerca de 2 milhões de argentinos. É também difícil estimar a importância deste sector na sociedade argentina, já que não poucas vezes está associado às outras formas de cobertura médica.

Todos não cobertos pelo sistema das Obras Sociales ou por algum tipo de seguro, pode recorrer a um sistema de saúde público, tendencialmente gratuito, controlado a

nível provincial, mas de elevada deterioração estrutural, ineficiente gestão e escassez de equipamento. Desde 2001, que o número de argentinos que recorrem a este sistema tem aumentado.

Segundo as estatísticas de 2000, 37,4% dos Argentinos não tinham seguro de Saúde, 48,8 tinham acesso ao sector das Obras Sociales, 8,6% tinham um seguro privado de Saúde, 3,8% cobertos tanto pelas Obras Sociales como por seguros privados (Barrientos, Armando *et al.*).

#### **2.2.4 Sistema de Saúde Búlgaro**

Desde o início da década de 90, que a Bulgária iniciou um processo de reforma do seu Sistema de Saúde de raiz socialista, com o aparecimento e expansão de um sector médico privado. Este sector, de elevados custos directos para o doente, não atraiu a ampla maioria dos búlgaros, que continuaram a recorrer aos hospitais públicos, por essa altura sofrendo de um grave subfinanciamento pela diminuição da sua importância orçamental num cenário de crise. Tal facto explica, em parte, a diminuição geral dos indicadores de saúde que ocorreu nessa década.

Em 1999, iniciou-se uma reforma profunda do sistema, com a criação de um Fundo Nacional de Seguros de Saúde (FNSS), obrigatório em todos os contratos de trabalho, proveniente de uma percentagem do salário dos trabalhadores. Este fundo, tem o objectivo de reduzir gradualmente a responsabilidade do Estado com a Saúde, tendo, em 2004, chegado aos 60% da despesa anual com Saúde. Os seguros privados na Bulgária estão ainda relegados para um papel secundário e suplementar.

Em 2005, a maior parte dos cuidados primários de saúde eram prestados por médicos em regime privado, assim como tinha ocorrido uma redução assinalável,

56%, do número de camas hospitalares.

Os níveis e qualidade da investigação científica e educação médica diminuíram drasticamente na década de 90, começando a recuperar nos primeiros anos do século XXI, dando principal relevância à formação de pessoal de Saúde não-médico, em número muito reduzido na Bulgária.

### **2.2.5 Sistema de Saúde Polaco**

Historicamente de financiamento público, na década de 90 o Sistema de Saúde Polaco inicia um processo de reformas, aumentando o significado de outras formas de financiamento, de iniciativa privada, e fazendo com que proporcionalmente o financiamento público diminuísse.

Nos anos 50, o Estado Polaco, de orientação socialista, comprometeu-se na realização de um acesso universal aos cuidados de saúde. Esta situação manteve-se até 1991, quando, através de uma reforma legislativa na Saúde, certas terapias básicas e todas as cirurgias estéticas foram excluídas do sistema. Também foram excluídos o acesso gratuito a resorts de saúde como spas, mas onde ainda se mantêm os cuidados dentários e balneoterapia sem encargos, para utentes do serviço público.

Desde que foi introduzida a Lei das Seguradoras de Saúde Geral em 1999, o sistema de financiamento foi francamente alterado, sendo que hoje os fundos provêm de duas fontes: do financiamento de Seguradoras para os custos directos dos cuidados de saúde dos utentes, através de contractos com entidades prestadoras desses serviços; e pelo orçamento de Estado, que continua a financiar serviços de saúde públicos, os custos hospitalares de todos os serviços médicos, serviços de cuidados terciários especializados, como os transplantes, e alguns fármacos de elevado custo. (Health

Care Systems: An international comparison).

## **V – RELATÓRIO DE EXPERIÊNCIAS**

Neste Relatório, tentar-se-á sumariar um conjunto de percepções e observações, conjunto de experiências subjectivas e objectivas, sobre o Sistema de Saúde Cubano, que foram percebidas pelo autor durante a estadia em La Habana no mês de Fevereiro de 2010, tendo como intenção a realização deste trabalho.

Durante a estadia tive oportunidade de visitar consultórios médicos, policlínicos e 2 hospitais centrais, Hospital Hermanos Almejeiras e Hospital Calixto Garcia, assim como um lar materno (local de acompanhamento em regime de internato de gravidezes de risco), de forma informal, já que possuía um visto turístico e não de trabalho. Também de grande importância foram as conversas com profissionais de Saúde cubanos, a quem devo agradecer a simpatia e disponibilidade que sempre demonstraram. Estendo este agradecimento ao responsável pelas Relações Internacionais do Ministério da Saúde Pública, Dr. Victor Manuel, que me concedeu duas entrevistas, solucionando várias dúvidas e cedendo diverso material bibliográfico sem o qual seria muito difícil a realização deste trabalho.

O SSC, estando principalmente vocacionado para os cuidados primários, levou a que desse primordial relevância ao contacto com esta realidade – o que fiz – e assim, tentei dirigir-me a um Policlínico, que não foi difícil de encontrar já que no centro de Habana são inúmeros. Os Policlínicos são algo maiores que os nossos Centros de Saúde, normalmente ocupando todo um edifício, pequenos prédios ou antigas vivendas, assemelhando-se a um pequeno hospital.

Os Policlínicos, centro integrador de uma Área de Saúde, têm Serviço de Urgências, consultas de especialidade e vários equipamentos para a realização de

exames complementares de diagnóstico, mas tudo num evidente ambiente de escassez e um certo desleixo, revelando uma aparente desorganização e alguma falta de condições assépticas. O trabalho em equipa é um facto notório, sendo muitas vezes complicado distinguir qual a formação de cada profissional de saúde, muito devido à existência de uma hierarquização pouco marcada e ao ambiente relaxado.

Mais dificuldades encontrei ao procurar um consultório, mesmo apesar das indicações dadas no Policlínico e da ajuda dos transeuntes, já que nada parecia indicá-lo. Era num andar como os outros num prédio como todos – sobrelotado, na verdade, a informação ou a visibilidade da sua localização, pouco importante para a população que o sabe ali, é para quem ali não reside totalmente inexistente.

A equipa que aí trabalhava, uma médica e uma enfermeira, só estavam responsáveis por cerca de dois quarteirões, mas a sala de espera encontrava-se repleta, o que dadas as dimensões é o mesmo que dizer com 4 doentes. Nas paredes, posters informativos sobre o VIH e sobre a importância do aleitamento materno traziam-me à lembrança um consultório médico privado em Portugal, com a pálida diferença de aqui ser a enfermeira a executar também as funções administrativas.

Em relação à infra-estrutura em si, o consultório que visitei é a imagem da Habana profunda, com a pobreza a manifestar-se principalmente no mau estado dos edifícios. Cuba, especialmente no que respeita aos edifícios de uso público, é a cadeira com as pernas torcidas pelo uso pelo tempo, mas surpreendentemente segura. Essa é a imagem viva do consultório que visitei – nada parecia faltar para o exercício da Medicina Familiar, se não atentarmos ao estado do material.

Se as condições materiais são degradadas, o mesmo não se poderá dizer da disponibilidade e sentido humanitário dos profissionais de saúde, que apesar das dúvidas e desconfianças que me assolaram nos primeiros dias, com o tempo e o

contacto vieram a convencer-me de ser estas características dos profissionais de saúde cubanos, tanto médicos como enfermeiros. Mas as razões que a originam ainda se mantêm, para mim, como um mistério: talvez devido um conceito diferente da Medicina, que não aporta regalias económicas ou sociais, sendo a prática da Medicina remunerada com um salário cubano médio? talvez por tal ser característica da maioria da população cubana e por isso extensível a todos os ramos profissionais? A dúvida mantém-se.

Exemplo disso mesmo encontrava-se na médica que trabalhava neste Consultório. Sorriso largo, atenciosa e profissional, orgulhando-se do português que afirmava ter aprendido pela televisão, cedeu-me algum do seu tempo explicando-me em que consistia a sua prática clínica e respondendo-me a algumas dúvidas.

Das 8:30 ao 12:30 atendia os doentes provenientes dos dois quarteirões de que estava responsável, que medicava, aconselhava ou referia a um especialista quando necessário. À tarde, fazia domicílios na tentativa de chegar a doentes que pela própria condição de doença não se deslocavam ao consultório. Quando não existiam marcações, aproveitava este período para visitar outros doentes no sentido de se aperceber se cumpriam as recomendações que lhes tinha dado e atestar se estes se encontravam bem. Este trabalho domiciliário, em Cuba, dá pelo nome de “Terreno” que, com o propósito de educação e prevenção, permite encontrar doenças em fases muito precoces, facilitando o tratamento e recuperação. Esta prática, afirmava, reduzia substancialmente os gastos com a Saúde, já que reduzia as hospitalizações em número e duração.

Em relação ao salário que auferia, não o considerando injusto dados os salários da maioria dos cubanos, afirmava-o insuficiente para quase tudo que não o essencial, “principalmente quando se tem filhos, que temos de vestir e calçar”, e demasiado

baixo para o grau de responsabilidade da profissão.

“ Os cuidados médicos no resto do mundo são comerciais, em Cuba não, daí o sistema ser popular”, “é verdade que temos demasiados sacrifícios durante o curso e durante a prática clínica, existindo outras profissões em que com menos trabalho, stress e dedicação poderíamos ter maiores rendimentos”, declarava.

Interessante será notar que apesar de todas as dificuldades sentidas pelos médicos cubanos, todos os anos milhares de jovens se candidatam ao curso de Medicina, em que darão muito tempo e trabalho a troco de quase nada, mas que me disseram escolher, com algum romantismo, por a prática médica não ser uma profissão, mas sim uma missão humanitária.

Crítica em relação à falta de equipamentos, referia que, apesar de tal ocorrer, nenhum doente ficava sem realizar o exame que necessitava, se bem que afirmasse ser necessário um maior refúgio na clínica do que o que ocorre nos países mais ricos, valorizando-a até às últimas instâncias, e sendo essa a sua mais importante ferramenta, até pela sua infinita disponibilidade.

Com a mesma facilidade com que criticava o regime noutras questões, confiava que o Governo estava disposto a todos os sacrifícios para chegar a todos os doentes com uma resposta eficiente e da melhor qualidade possível. Atribuía a culpa das insuficiências e falhas ao embargo dos Estados Unidos que, segundo a mesma, com o fim do Bloco de Leste se intensificou, aportando muitas dificuldades suplementares, forçando uma escassez de equipamentos e medicamentos, que só agora parece estar em resolução.

Durante a minha estadia, enfrentei diversas dificuldades, a mais superficial (e que mais tarde se foi resolvendo) foi causada pela grande diferença do castelhano que se



fala em Cuba em relação ao de Espanha, ao qual estava manifestamente mais habituado, a outra, mais profunda e debilitante, não ter um visto de trabalho que me abria algumas portas, as quais só pude vislumbrar entreabertas. Mas julgo que tal não impediu que conseguisse que a minha investigação fosse proveitosa e que pudesse frutificar-se tanto em termos de dados e como de experiência.

Os cubanos, em geral, têm cautela em relação às críticas que fazem ao seu próprio sistema, não tanto por um clima de medo de putativas consequências, mas por um intenso patriotismo que os impede de falarem mal do seu próprio país, podendo assim a sua opinião apresentar algum viés. Mas do que consegui apurar a ampla maioria das pessoas com quem contactei é favorável ao sistema de saúde que os atende, não o preterindo em comparação com o dos Estados Unidos, único para o qual têm informação.

Os médicos e estudantes de Medicina com quem conversei, em geral, apontavam como maior defeito do SSC a escassez de recursos, que na sua opinião advinham do omnipresente embargo económico, assim como os baixos salários, o acesso medíocre a equipamentos médicos de alta tecnologia e a necessidade de enviar amplos recursos médicos para o estrangeiro como moeda de troca em contractos com outros países. Mas, assim como a médica de família com quem contactei, tendiam a ser mais críticos em relação aos sistemas de saúde dos países capitalistas e assumindo que os sucessos do seu sistema de saúde estavam intimamente relacionados com o carácter e motivações humanitárias do mesmo.

Se é possível que tais opiniões possam ser condicionadas pela propaganda do regime e por um fraco acesso a informação de outras tendências, é certo que estes homens e mulheres serão em grande parte responsáveis por um sistema com elevados índices de eficiência, sobrando-lhes em dedicação o que tantas vezes lhes falta em

meios e recursos.

Se os sucessos humanitários da Saúde Pública cubana ultrapassam os de nações com recursos económicos comparáveis, numa dedicação à promoção de Saúde aplaudida por muitos observadores internacionais, há quem sublinhe uma tensão entre motivações humanitárias e outras de carácter económico e político.

Em 2004, quando os EUA apresentavam um ratio médico-população de 1 para 337 e o Reino Unido de 1 para 610 pessoas, Cuba tinha 1 médico para 165 pessoas, mais de 6 vezes superior ao mínimo sugerido pela OMS. Apesar deste aparente excesso, em Cuba formavam-se 76770 estudantes de Medicina nesse mesmo ano, 10801 estrangeiros (Bringas, 2006 e Anuario Estadístico de Salud, 2006).

Estes grandes investimentos em educação médica gratuita podem ser vistos como irresponsáveis, principalmente em termos económico-financeiros, num país com escassez de condições de habitação, de infra-estruturas e tantas outras. Sendo evidente que Cuba não necessita desta quantidade de médicos, muitos destes estão destinados a trabalhar no estrangeiro em missões de solidariedade, cujo denominação de “missões de solidariedade internacional” muitas vezes é questionável, pois se algumas apresentam, inequivocamente, um carácter solidário, outras há em que existe uma retribuição económica importante, estimando-se que Cuba recebe uma importante retribuição em alguma missões médicas no estrangeiro, sendo que só com base nos acordos com a ALBA, em 2004, Cuba recebeu recursos no valor de cerca de 1000 milhões de dólares por parte do governo venezuelano.

Os salários dos médicos e outros profissionais de Saúde a trabalhar no estrangeiro é bastante superior ao praticado em Cuba (350 pesos cubanos, cerca de 15 euros), mas este é ajustado às suas necessidades, sendo adequado ao nível de vida desse país e

ficando o Estado cubano com o excedente, mas, apesar desta diminuição, este é ambicionado por muitos médicos cubanos que evidenciando preocupações e razões humanitárias, também não negam as económicas.

Uma das críticas mais difundida é a de que existem duas realidades no SSC, a da saúde para estrangeiros e para altas personalidades cubanas que, se afirma, ocorrerem a Hospitais como o Hermanos Almejeiras em La Habana, moderno e tecnologicamente apetrechado, e outra prestada à população cubana, em hospitais em tudo diversos, deficitários em recursos materiais e humanos. Tal, pelo que vi, em nada se confirma, apercebendo-me que aos hospitais centrais de Habana, como o Almejeiras, ocorre toda a população cubana sem qualquer tipo de distinção, que não sendo paraísos da técnica e do desenvolvimento, são comparáveis hospitais distritais portugueses que conheço.

Em muito poderão, porventura, diferir dos hospitais centrais de outras regiões, talvez mais negligenciados, que não tive oportunidade de conhecer. Apesar da dúvida se manter os indicadores de Saúde parecem negar essa hipótese.

Nas entrevistas com o Dr. Victor Manuel, pude confirmar que todos os níveis de cuidados são totalmente gratuitos, sendo esse regime estendido às cirurgias com carácter meramente estético, tendo também afirmado que o financiamento do SSC é realizado pelo governo central através de uma base orçamental, cuja gestão é autónoma para cada província, sendo tal responsabilidade dos comités provinciais.

Do que pude apurar, corriam rumores preocupados pela sociedade cubana de alterações, num futuro próximo, no Sistema de Saúde Cubano assim como no regime das cadernetas de alimentação, que suprem as necessidades alimentares para cerca de meio mês de toda a população cubana e considerados como o elemento que permitiu a sobrevivência de toda a população durante os primeiros anos da década de 90. Assim,

manifestei essa informação e preocupação a este responsável do Ministério da Saúde Pública, que me negou peremptoriamente afirmando que tal não é objecto de nova legislação ou sequer de discussão, que tanto as cadernetas como a natureza do SSC são pilares do regime cubano, jamais postas em causa para quem trabalha ou para quem decide não trabalhar, “ao contrário do que ocorre e ocorria noutros países socialistas, que detinham o princípio: quem não trabalha, não come”.

Outro assunto que tive também oportunidade de abordar foi a putativa falta de médicos em Cuba, muito devido à deslocação dos mesmos para o estrangeiro, em missões e acordos internacionais. A tal o Dr. Victor Manuel deu como resposta ser este um facto, tendo ocorrido uma redução substancial no número de médicos em Cuba, mas que isso não se traduzia numa falta, tendo-se, simplesmente, operado alterações na estrutura do sistema, fazendo com que um médico de família estivesse responsável por um número maior de doentes, mas sem que tal influenciasse a eficiência do SSC – tanto em termos de abrangência como na qualidade dos cuidados prestados, “existindo somente o descontentamento de alguns doentes, que seguidos toda a vida pelo mesmo profissional e tendo que se deslocar um quarteirão para o encontrar, hoje terão que se deslocar dois e serão assistidos por um médico diferente”.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A Saúde de um povo e de cada pessoa em particular está, desde 1948, definida como um direito humano que deveria ser promovido por cada Estado. Em Cuba, aparentemente, deu-se grande importância, desde a Revolução de 1959, à defesa de tal direito, sendo um pilar, motivo de propaganda e orgulho de um regime que convive com uma forte pressão internacional (sendo o principal exemplo disso o embargo estadunidense), num país pobre, com poucos recursos e escassas infra-estruturas.

Em 1959, com a fuga da maioria dos médicos que existiam no país, uma das primeiras iniciativas do governo que saiu da Revolução foi enviar os jovens recém-graduados e estudantes de Medicina para as povoações mais remotas, não só com a intenção de tratar doentes, mas também com o objectivo de trabalhar na prevenção de doenças. Logo, num país pobre em recursos económicos e humanos, sofrendo um desgastante embargo económico, este modelo preventivo foi-se definindo como a melhor solução para a garantia de Saúde em Cuba, baseando o seu progresso no Médico de Família e no seu trabalho em conjunto com as comunidades, modelo que providenciaria melhores indicadores com menos encargos económicos e sociais. Nos dados da OMS de 2006, podemos atestar que em Cuba a Despesa total *per capita* na Saúde foi de 362 dólares, o que é inferior à média do grupo de países com economias similares: 412 dólares, e muito abaixo dos valores médios do grupo de países com economias mais desenvolvidas: 4012 dólares (sendo que em Portugal é de 1864 dólares), nos dados da OMS em 2009.

Através de um padrão de investimento quase exclusivamente por parte do Orçamento de Estado, Cuba distingue-se francamente da maioria dos países com

indicadores económicos semelhantes, dados que a tabela 6 evidencia, manifestando, em indicadores de Saúde que discriminam e avaliam a efectividade do Sistema e políticas de Saúde, como a Taxa de Mortalidade Infantil e Esperança Média de Vida (tabela 7 e 8), resultados comparáveis aos dos países mais desenvolvidos do Mundo. Assim como apresenta na Taxa de Mortalidade em relação à causa, na tabela 9, valores muito similares aos portugueses, revelando mais uma vez um padrão bem diferente do que encontramos no seu grupo de países, principalmente nas mortes por causa cardiovascular (na qual Cuba apresenta 207 mortes por 100000 habitantes, enquanto a média do seu grupo de países é de 401, cerca do dobro).

Portanto, daqui podemos concluir que Cuba, país que enfrenta actualmente diversos problemas económicos e infra-estruturais, com despesas de saúde muito inferiores à dos países mais desenvolvidos atinge índices muito próximos, e por vezes superiores, aos destes. Tal deve-se somente a um único factor, que não é mais que o próprio modelo do Sistema de Saúde, baseando e priorizando a sua acção nos cuidados primários. Com um modelo original, em estreita ligação com a comunidade, ligação bidireccional, promovendo e educando para a Saúde, mas também favorecendo a intervenção da comunidade na própria gestão e orientação dos serviços, Cuba levou a sério as orientações de Alma Ata e prova a eficiência económica e social de um sistema ancorado nos cuidados primários.

A forte ligação de Cuba com a Saúde não se esgota internamente, tendo também, através da cooperação internacional, apoiando diversos países com o envio de especialistas e material médico, assim como com a formação de profissionais estrangeiros em solo cubano.

Como pudemos comprovar, apesar da escassez de recursos económicos e materiais, o modelo de Saúde cubano apresenta indicadores de Saúde comparáveis a países mais industrializados e mais ricos com gastos muito inferiores. Assim, levanta-se a necessidade de o analisarmos ou, porventura, de deste retirarmos algumas lições. Se aos países desenvolvidos, estas seriam de interesse na garantia de Saúde para todos com os menores encargos económicos possíveis, para países subdesenvolvidos um modelo como o cubano aproxima-se do ideal, mostrando que os pobres recursos económicos e o atraso infra-estrutural não impossibilita a coexistência de um sistema de saúde de alta eficiência.

Durante este trabalho, muito enriquecedor no plano profissional e pessoal, tentei sempre manter o mais elevado nível de objectividade, para que o resultado manifestasse o mais alto grau possível de verdade científica, e assim fugindo de eventuais conjecturas sobre organização social ou debate ideológico. Espero que este trabalho tenha atingido este objectivo, assim como espero que possa contribuir para um mais profundo conhecimento do Sistema de Saúde Cubano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, Matt; Smith, Lanny (2006); **The Cuban Health Care System.**

**Anuario estadístico de Salud**; Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2006

**Legislação da ANS** – Agência Nacional de Saúde Complementar; Brasil; <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>.

Baganha, Maria Ioannis; Sousa Ribeiro, Joana; Pires, Sónia (2002); **O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional**; Centro de Estudos Sociais; Universidade de Coimbra;

Barrientos, Armando; **Reforming Health Insurance in Argentina and Chile**; Health Policy and Planning 15(4):420.

**Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusion social en Venezuela**; Caracas; 2006.

Bravo, Ernesto Mario (1995); **La Medicina moderna en Cuba: Desarrollo... en el Subdesarrollo**;

Bringas Vega, Maia (2006); **Presentation on the National Health System in the Republic of Cuba**; OHSU International Health Conference;

Carceller, Professor Ordóñez (2007); **Salud para todos en el siglo XXI “48 años de experiencia cubana”**;

**Constitución de la Republica de Cuba**, aprovada em 1976 contendo as reformas de 1992.

**Declaração de Alma Ata**, Conferência Internacional de Atenção Primária de Saúde; Alma Ata, URSS; 6-12 de Setembro de 1978.



Díaz Novás, J (1989); **Del policlínico integral al médico de familia**, Revista Cubana Medicina General Integral;

García, Prof. Dr. Alberto (2007); **Políticas de recursos humanos en salud, experiencia de Cuba**;

Guevara, Ernesto (1960); **Da Medicina Revolucionária**;

**Health Care Systems: An internacional comparison**; Strategic Policy and Research, Intergovernmental Affairs; 2001.

Kelleher, CC (2002); **How exactly do politics play a part in determining health? New perspectives on an old issue**; J Epidemiol Community Health, 56(10):726;

Lee, T. Dresang; Brebrick, Laurie; Murray, Danielle; Shallue, Ann; Sullivan-Vedder, Lisa (2005); **Family Medicine in Cuba: Cummunity-Oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine**; The Journal of the American Board of Family Practice 18:297-303;

**Ley nº 41, Ley de la Salud Pública**; Asamblea Nacional del Poder Popular; 1983.

Merz, Chelsea (2002); **The cuban paradox**; Harvard Public Health Review;

Morales, Prof. Dra. Estela Cristina; Pérez, Dra. Doris Sierra (2006); **La tranformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI**;

MINSAP, Dirección Nacional de Servicios Ambulatorios, **Programa de Atención Integral a la Familia**; 2004

**MINSAP - Ministerio de Salud Pública**; INFOMED; [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu).

Pietroni, Professor Patrick (2000); **Memorandum: Cuban Health care systems and its implications for NHS plan**; Select Committee on Health, House of Commons,

UK Parliament;

Séror, Ann C (2004); **A case analysis of INFOMED: The Cuban National Health Care Telecommunications Network and Portal;**

**Situación de salud en Cuba, Indicadores Básicos;** Ministério de Salud Pública, Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2008.

Sixto, Filipe Eduardo (2002); **An evaluation of four decades of Cuban healthcare;**

Torres, Dr. Néstor Marimón; Calero, Dra. Ana Sánchez (2007); **La cooperación internacional de Cuba, sobre la base de la atención primaria de salud (APS);**

Torres, Dr. Néstor Marimón (2006); **La colaboración medica cubana en el siglo XXI: una propuesta para la sostenibilidad en Guinea Bissau;**

**World Health Statistics;** World Health Organization; 2009.